Przyczynek do etyologii paraliżu postępowego
(Dementia paralytica).

Podał
Dr. Mieczysław Świtalski.

Pierwsze wzmianki o paraliżu postępowym [1]) spotykamy w literaturze dopiero z końcem XVIII stulecia, pierwszy zaś dokładniejszy opis tej choroby zawdzięczamy Haslamowi. Później zajmowali się nią dokładniej lekarze francuzcy po rewolucyi francuzkiej, znaczniejsze jednak jej rozpowszechnienie datuje się dopiero od ostatnich dziesiątek lat. Wobec nadzwyczaj wybitnego obrazu klinicznego, jaki choroba ta przedstawia, trudno przypuścić, żeby już pierwej nie była zwróciła na siebie uwagi, ale raczej należy sądzić, że należała dawniej do schorzeń bardzo rzadkich. Przeglądając statystyki rozmaitych zakładów dla umysłowo chorych, przekonamy się, że stanowi ona dzisiaj 10—30% wszystkich umysłowo chorych, leczonych w zakładach. Wyjątek pod tym względem stanowi kilka tylko krajów, n. p. Irlandya, Dania, gdzie jeszcze dzisiaj należy ona do chorób nie częstych. Porównując dalej statystyki nowsze z dawnemi, zauważymy również, że choroba ta stale ilościowo z roku na rok wzrasta, szczególnie w większych miastach. Wzrost ten dobrze przedstawia następujące zestawienie Krafft-Ebinga:

---

[1]) Autor posługuje się słownictwem, używanem przez Erlickiego; krakowski słownik lekarski z roku 1881 podaje długą nazwę: »zniedołężnienie umysłowe z porażeniem postępującem«. W ostatnich czasach utarła się zaś nazwa »zniedołężnienie l. niedołęstwo poraźne«.
Przyp. Redakcyi.

TABLICA I.

Ilość paralityków na 100 umysłowo chorych											
w latach	Peszteński zakład krajowy		Wiedeńska klinika		Berliński zakład krajowy		Monachijski zakład krajowy		Degendorfski* bawarski zakład kraj.		w latach
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	
1873—1877	28·5	4·5	15·7	4·4	30·2	8·0	28 0	8·5	9·3	5·2	* 1869—1874
1878—1882	30·5	6·5	17·1	6·9	32·5	11·5	32 0	11·4	16·4	9·3	* 1875—1879
1883—1887	34·5	7·5	18·4	8·9	35·7	14·8	36·1	12·5	17·0	4 1	* 1880—1884
1888—1892	36·5	7·5	19·7	10·0	34·6	17·5	36·3	11·2	23·2	9·3	* 1885—1889

Z tablicy tej widzimy, że w niektórych zakładach ilość chorych na paraliż postępowy wzrosła w 20 latach w dwójnasób. Zachodzi teraz pytanie, co jest powodem ilościowego zwiększania się tej choroby. Do odpowiedzi dojść możemy na drodze statystyki, uwzględniając w wywiadach te czynniki szkodliwe, które na chorego osobnika działały. Sporządzenie takiej statystyki jest dość trudne, szczególnie — jak to słusznie zauważył Mendel — w zakładach publicznych, gdzie przeważna część chorych i ich otoczenie pochodzi ze sfer mało inteligentnych. Otoczenie chorego nie umie często podać najprostszych szczegółów z jego życia, a o rodzicach i rodzeństwie tegoż prawie nic nie wie. Zdarza się nie rzadko, że chorzy szpitalni sami nic nie wiedzą o swojej rodzinie, nie umieją nawet podać, czy rodzice żyją; tem mniej wymagać można dokładniejszych szczegółów od umysłowo chorych. Te okoliczności tłómaczą nam, dlaczego niektóre statystyki tak znacznie od siebie się różnią.

Poniżej przytoczony materyał statystyczny zebrałem w zakładzie dla umysłowo chorych Dra Svetlina w Wiedniu, uwzględniając chorych paralityków, leczonych w ostatnich latach w tym zakładzie. Wywiady zdają mi się być o tyle dokładniejsze, że pochodzą częścią od otoczenia chorego, należącego do klas inteligentnych, częścią zaś od lekarza domowego, który odprowadza chorego do zakładu, a zna go nieraz wiele lat; nadto odwiedzają chorych nietylko krewni, ale także przyjaciele i towarzysze młodości, z których podań i objaśnień można mieć dokładniejsze pojęcie o poprzedniem życiu, charakterze chorego, o chorobach, które przebył i o stanie zdrowia rodziców i rodziny. Chorych, którzy stanowili materyał statystyczny, zestawiłem w Tablicy II, uwzględniając wiek, stan, religię, zatrudnienie, w danym razie obciążenie dziedziczne, przebytą kiłę, formę chorobową paraliżu. W rubryce „uwagi“ zamieszczone są szkodliwości, które działały na chorego i wywołały, albo też przyczyniły się do powstania omawianej choroby. Nie uwidoczniłem czasu choroby, gdyż mała stosunkowo część chorych pozostawała przez cały czas

w wspomnianym zakładzie. Niektórzy odchodzili w czasie polepszenia do domu, inni przechodzili do innych zakładów, tak, że daty te trudno było zużytkować. *(Patrz Tablica II).*

Zbierając dane poszczególnych rubryk, dostaniemy następujące liczby w odsetkach. Wyznania katolickiego 48·2%, ewangelickiego 10·5%, grecko-oryentalnego 13·5%, mojżeszowego 27·9%; stanu wolnego 22·5%, wdowców 1·5%, żonatych 75·2%; kiłę przebyło 36·4% chorych, u 12% wykluczyć jej nie można. Alkoholików 8·5%, morfinistów 1·5%, troski i przeciążenia umysłowe znachodzimy u 19%, uraz w głowę ucierpiało 8·5%. — Choroba wystąpiła u 45 między 30—40, u 72 między 40—50, u 16 między 50—60 rokiem życia. Przeciętny wiek chorych wynosi 43·1 lat.

W zestawieniu powyższem zwrócić musi przedewszystkiem uwagę znaczna ilość chorych, którzy przed laty przebyli kiłę. I tak widzimy, że ze 133 paralityków przebyło ją 46 = 34·6%, u 16 = 12% nie można jej było z pewnością wykluczyć. Do tych ostatnich zaliczyłem tych, którzy mieli kiedyś nierozpoznane dokładnie owrzodzenie na częściach płciowych i tych, których żony roniły, a innej przyczyny dla poronienia nie było, jak możliwa kiła męża. Odsetek powyższy w statystykach rozmaitych autorów jest wprawdzie dość różny, ale w każdym razie mniej lub więcej znaczny i tak Ascher mógł wykazać kiłę u 53·7, Bjornstrom u 24, Eikholt u 11, Lange u 33—51, Oebeke u 62, Simerling u 11·1, Westphal u 39·8, Ziehen u 30 do 46, Mendel u 75, Kowalewsky u 86·7 chorych na stu.

Ten znaczny odsetek coraz bardziej zwracał na siebie uwagę, tak, iż w ostatnich czasach znaczna część psychiatrów wypowiedziała zdanie, że paraliż postępowy jest następstwem kiły i że nie występuje bez poprzedniego zakażenia kiłowego. Na tem stanowisku stoi znaczna część psychiatrów niemieckich, a przedewszystkiem szkoła wiedeńska. Mniej zwolenników ma to zapatrywanie wśród lekarzy francuzkich, którzy w kile widzą wprawdzie ważny czynnik przyczynowy

dla paraliżu, ale nie przyznają jej znaczenia bewzględnego. Wernicke, Meynert, Mendel, Ziehen uważają kiłę za czynnik przygotowujący podłoże, do powstania zaś paraliżu postępowego potrzeba jeszcze innych przyczyn. Tylko w razach, gdzie schorzenie występuje bardzo krótko po nabyciu wrzodu pierwotnego, uważają je za bezpośrednie następstwo zakażenia kiłowego. Tarnovsky przypuszcza nawet, że leczenie rtęciowe może wywołać wspomnianą chorobę. Hirschl, badając 200 paralityków, znalazł 81% takich, którzy przebyli kiłę. W liczbie tych znajdują się już i ci, u których wprawdzie wywiady o kile nie wspominają, ale jej także nie można było wykluczyć. Autor ten stara się dalej przekonać, że każdy paralityk przechodził kiłę, chociaż o niej nie wie. Przychodzi w końcu do wniosku, że paraliż postępowy jest formą kiły trzeciorzędnej.

Fournier, Moebius są głównymi przedstawicielami autorów, którzy omawianą chorobę uważają za schorzenie metasyfilityczne. Jest jednak wielu i takich, którzy kiłę uważają za niewiele znaczący czynnik etyologiczny, natomiast oddają pierwszeństwo innym szkodliwościom. Wobec tak znacznej różnicy zapatrywań, nie można sprawy tej za załatwioną uważać. Każde z powyżej wymienionych zapatrywań ma spostrzeżenia, które za niem i przeciwko niemu przemawiają. Gdybyśmy przyjęli, że każdy paralityk przechodził kiłę, to w każdym razie stosunkowo małą jest liczba takich, u których o niej z wywiadów się dowiadujemy. Musielibyśmy przypuścić, że kiła w reszcie przypadków została przez chorego przeoczoną. Możebnem to jest łatwo u kobiety, która, mając jaki nieznaczny wrzodzik wewnątrz części rodnych, nie sprawiający jej dolegliwości, nie będzie o nim wiedzieć, u ludzi z niższych warstw społeczeństwa, którzy niewiele uwagi na siebie zwracają, ale trudniej się to zdarzy u mężczyzn, należących do inteligencyi. Choćby i z tych część przeoczyła objawy kiły, albo o nich zapomniała, to w każdym razie zostanie jeszcze pokaźna liczba, u której nie mamy najmniejszych danych do przypuszczania, że kiłę przechodzili.

Powiększenie gruczołów chłonnych niczego jeszcze nie dowodzi, gdyż spotykamy je bardzo często u ludzi, którzy z pewnością kiły nigdy nie przechodzili, a natomiast nie znajdujemy go u kiłowych. Uderzającem jest dalej, jak rzadko spotykamy u paralityków zmiany kiłowe trzeciorzędne. Bardzo natomiast przemawiają za tem, że każdy paralityk przechodził kiłę, doświadczenia wykonane ze szczepieniem kiły u 9 chorych, u których wywiady co do przebytej kiły dały wynik ujemny. Żaden ze szczepionych nie dostał objawów kiły. Doświadczenia te, jakkolwiek bardzo przekonywające, są zbyt nieliczne, by z nich można dojść do pewnego wniosku, a powtóre nie są do dzisiaj dokładnie znane, a to dla tego, że nie zostały szczegółowo ogłoszone. Na poparcie zapatrywania, że kiła wywołuje paraliż postępowy, przytaczają zwolennicy tego zdania okoliczność, że choroba ta jest rzadką u murzynów, plemion afrykańskich i mieszkańców pierwotnych Ameryki, u których i kiła nie jest rozpowszechnioną. Występuje zaś paraliż postępowy tylko u tych, którzy w zetknięciu z Europejczykami przyjmują ich cywilizacyą, a zarazem nabywają od nich kiły. Te spostrzeżenia nie zdają się jednak być ściśle naukowemi, gdyż dopiero w ostatnich latach statystyki sporządzane są przez ludzi fachowych, lekarzy, podczas gdy dawniejsze pochodzą od misyonarzy i podróżników. W przeciwieństwie do tego stoją Siam, Abisynia, dalej kraje azyatyckie, gdzie kiła jest chorobą bardzo rozpowszechnioną, a mimo to paraliż postępowy jest tam rzadkim. Ciekawem jest również, że w Berlinie, jakkolwiek częstość kiły się zmniejszyła, ilość paralityków stale wzrasta. Również zdaje się być paraliż postępowy rzadkim u prostytutek (Simerling, Greidenberg), jakkolwiek kiła u nich tak częsta, że chyba trudno znaleść prostytutkę, któraby jej nie przechodziła. Greidenberg pomiędzy 68 kobietami, choremi na paraliż postępowy, znalazł tylko jedną prostytutkę, podczas gdy Fournier, Mendel wykazują ich znacznie więcej.

Przeciwko mniemaniu, żeby paraliż postępowy był je-

dną z postaci trzeciorzędnej kiły, przemawia bezskuteczność leczenia przeciwkiłowego. Podczas gdy zmiany kiłowe pod wpływem leczenia jodkiem potasu i rtęcią ustępują z zadziwiającą szybkością, w paraliżu postępowym nie mamy żadnych wyników tego leczenia, a raczej często pogorszenia. Jakkolwiek spotykamy w literaturze wzmianki o wynikach dodatnich, nie muszą one jednak być tak świetne, skoro środki te nie są w powszechnem użyciu. Natomiast widzimy w przebiegu tej choroby, szczególnie w jej początku, często tak znaczne złagodnienia (remissye), że nie badając dokładnie chorego, nie moglibyśmy przypuścić, iż cierpi na paraliż postępowy, Dzieje się to najczęściej, skoro chory zostanie oddany do zakładu, gdzie znachodzi odmienne warunki bytu, bez wzruszeń i wrażeń życia codziennego. Nie sądzę, ażeby te czynniki miały jakikolwiek wpływ na sprawę kiłową. Bardzo rzadko spotykamy również przy sekcyach paralityków nawet tych, którzy przechodzili kiłę, zmiany kiłowe, znamienne dla tej choroby, jak *endarteriitis obliterans*, kilaki, zgrubienie kostne, kostniaki, martwicę kości. Często nawet miażdżyca tętnic jest bardzo nieznacznego stopnia. Z powyższych 133 chorych przechodziło, jak wspomniałem, z pewnością kiłę 46, a 16 z pewnem prawdopodobieństwem. Jeżeli i te wątpliwe przypadki zaliczymy do pewnych, otrzymamy ogólnie 46·6% kiłowych między chorymi paralitykami. Jeżelibyśmy przyjęli, że z reszty chorych przechodziła kiłę także połowa, ale jej nie spostrzegli, co zdaje mi się dość nieprawdopodobnem u ludzi inteligentnych, to pozostanie jeszcze dość takich, o których nie mamy powodu przypuszczać, że przechodzili kiłę.

Za tem, że do powstania paraliżu niekoniecznem jest zakażenie kiłowe, przemawia przypadek 45-ty. Chory ten rozpaczając przed trzema laty po śmierci żony, którą namiętnie kochał, nagle zmienił się w swem usposobieniu, zaczął szukać rozrywek i zabaw. Ta nagła zmiana usposobienia zwróciła uwagę jego otoczenia, które początek choroby odnosi do tego czasu. Teraz dopiero wśród częstych nadużyć *in Venere*, nabawił się kiły. „*Stadium conclamatum morbi*“,

w którem chory został oddany do zakładu, wystąpiło u niego jeszcze przeszło przed rokiem, a zatem w parę miesięcy po nabyciu kiły. Wobec zapewnienia otoczenia i lekarza domowego, że zmiana charakteru, znamionująca początek choroby, wystąpiła u niego jeszcze przed nabyciem kiły, t. j. niespełna przed trzema laty, w jakiś czas po wzruszeniu, wywołanem śmiercią żony, należy przypuścić, że chory nabawił się kiły, będąc w pierwszym okresie paraliżu. Nie mogę się na tym przypadku stanowczo opierać, gdyż niestety sam go nie widziałem, nasuwa się jednak myśl, czy też w tych przypadkach, w których przeciąg czasu między nabyciem kiły a objawami paraliżu postępowego jest bardzo nieznaczny, n. p. 2-letni, zakażenie jadem kiłowym nie nastąpiło w pierwszem okresie paraliżu. Że początek choroby nie da się ściśle co do czasu określić i nieraz sięga kilka lat wstecz, świadczą o tem przypadki, w których kilka lat przed wystąpieniem wybitnych objawów chorobowych spostrzegano objaw Argyll-Robertson'a. Z tego, co powyżej powiedziałem, nie wynika bynajmniej, żebym miał zamiar odmawiać kile wszelkiego znaczenia przyczynowego w paraliżu postępowym, owszem uważam ją za bardzo ważny, może nawet jeden z najważniejszych czynników, ale nie wątpię również, że są przypadki tej choroby, których nie poprzedziło zakażenie kiłowe. Fournier, Obersteiner i inni, uważając kiłę za ważny czynnik przyczynowy paraliżu postępowego, chcą rozróżniać dwie postacie tej choroby, a to formę kiłową i niekiłową. Sądzą oni, że do drugiej gromady zaliczyć należy postacie chorobowe typowe z urojeniami wielkości, do pierwszej zaś przypadki, cechujące się otępieniem umysłowem.

Z powyżej podanych chorych 14-tu okazywało formę chorobową klasyczną; z tych 9-ciu nie przebyło kiły, 4-ch przebyło ją z pewnością, u jednego kiła nie była pewną. Jakkolwiek liczby te przemawiałyby po części za powyższem twierdzeniem, są one jednak zbyt małe, by z nich jaki pewniejszy wniosek wyprowadzić można.

W zestawieniu naszem znajdujemy dalej 45-ciu, t. j.

33·9% chorych dziedzicznie obciążonych, w liczbie tej jest już jednak 22-u tych, którzy przebyli kiłę. Nie uwzględniając tych liczb wspomnę najpierw o znaczeniu, jakie przyznają obciążeniu w etyologii paraliżu rozmaici psychiatrzy, a przekonamy się, że i tutaj zapatrywania ich bardzo się od siebie różnią. Dla porównania przytaczam tutaj liczby z kilku statystyk. Na 100 paralityków dziedzicznie obciążonych, wykazali: Ascher 31%, Bjorstrom 8%, Eickholt 24%, Lange 43%, Oebeke 22—46%, Simerling 11%, Westphal 6%, Ziehen 45%, Krafft Ebing 15—20%, Simon 33%, Mendel 75%. Mendel, który wśród swoich chorych znalazł największą ilość dziedzicznie obciążonych, jest zdania, że czynnik ten nie ma tak doniosłego znaczenia w etyologii tej choroby, jak w innych psychozach. Zapatrywanie to dzielą również Krafft-Ebing, Oebecke, Simerling i inni, w przeciwieństwie do Beilego, Ceilmeila, Nackego, którzy dziedziczność uważają za czynnik bardzo ważny. Specht, Hirschl odmawiają jej jakiegokolwiek znaczenia. O ile w późnych postaciach paraliżu wielu autorów nie uznaje dziedziczności za zbyt ważny czynnik, uważa ją większość za ważną okoliczność w przypadkach młodzieńczego paraliżu postępowego; pierwszy zwrócił na to uwagę Alzheimer, dalej Streitberg.

Przeglądając statystyki innych psychoz widzimy, że obciążenie jako czynnik przyczynowy bywa w nich wymieniane w 4—90%. Widzimy, że liczby te są i tutaj bardzo niestałe. Jeżeli jednak przyjmiemy liczbę przeciętną 50%, na co się przeważna część psychiatrów zgadza, to ilość ta nie stoi w rażącem przeciwieństwie do dziedzicznego obciążenia paralityków. Wiedząc z doświadczenia, że u ludzi dziedzicznie obciążonych układ nerwowy jest *a priori* słabszym i mniej odpornym na szkodliwości wszelkiego rodzaju, nie możemy odmówić znaczenia dziedziczności w omawianej chorobie. Nie znaczy to, żeby mniejsza odporność i osłabienie same prowadziły bezpośrednio do paraliżu, ale szkodliwości, które na osobnika dziedzicznie obciążonego działają, o wiele

niebezpieczniejszemi będą dla niego, aniżeli dla człowieka nie obciążonego. Jak doświadczenie poucza, dziedziczność może być bezpośrednią, albo też pośrednią. O pierwszej mówimy, jeżli pochodzi od rodziców. W drugim przypadku możemy rozróżnić dziedziczność atawistyczną, pochodzącą od dziadków, i poboczną z linii krewnych, (stryj, wuj, ciotka). Ma się rozumieć, że obciążenie bezpośrednie jest najcięższem. Zachodzi jeszcze pytanie, jak zachowuje się potomstwo paralityków, czy odziedzicza również skłonność do chorób nerwowych lub też umysłowych. Jeżelibyśmy przyjęli, że obciążenie dziedziczne nie odgrywa żadnej roli w etyologii paraliżu, to potomstwo paralityka nie miałoby skłonności do wspomnianych chorób. Tymczasem tak nie jest; świadczą o tem przypadki, podane w literaturze n. p. przez Königa, gdzie z trzech córek paralityka, pochodzącego ze zdrowej rodziny, najstarsza cierpi od 20-go roku życia na *tic convulsiv* twarzy, druga na padaczkę, najmłodsza jest od dzieciństwa umysłowo tępą. Simon spostrzegał u dzieci paralityków już wcześnie występujące zaburzenia umysłowe, a Girard zauważył kilkakrotnie, że ojciec, który umarł na paraliż postępowy, przekazywał skłonność do tej choroby swoim dzieciom. Hirschl opisuje przypadek, w którym z 4-ga dzieci paralityka, nieobciążonego dziedzicznie, dwóch synów umarło na paraliż postępowy. Do tego samego rzędu należy zaliczyć przypadek 103, gdzie ojciec chorego umarł na paraliż postępowy. Za istnieniem pewnej skłonności do paraliżu postępowego w niektórych rodzinach świadczą przypadki 22, 26, 52, 129.

Rozpatrując znaczenie dziedziczności, musimy także wspomnieć i o skłonności neuropatycznej, która może być nabytą w życiu płodowem, albo też później. Do szkodliwości, działających na dziecko w łonie matki, zaliczyć należy alkohol, brak odżywienia, troski, silne wzruszenia umysłowe i t. p. Meynert zwrócił uwagę, że dzieci, których poród był ciężki, a szczególnie kleszczowy, skłonniejsze są do wszelkiego rodzaju psychoz.

Do dalszych czynników, które przyczyniają się do wywołania tej skłonności, należy krzywica. Krafft-Ebing zwraca uwagę, że u paralityków bardzo często spotykamy jej ślady, Ziehen przyznaje krzywicy rolę usposabiającą. Jako objawy skłonności neuropatycznej znamy: znaczną wrażliwość na wzruszenia umysłowe, jak drażliwość, popędliwość, patologiczne oddziaływanie na wyskok i skłonność do chorób nerwowych. Szczególnie skłonni do wszystkich chorób nerwowych są żydzi, u których tak często widujemy histeryę, neurastenię, drżączkę porażenną, rozmaite psychozy, a także i paraliż postępowy. Jeżeli uwzględnimy, że ludność żydowska jest we wszystkich krajach w znacznej mniejszości w porównaniu do innych wyznań, to przyznać musimy, że 27·9% w tablicy II jest cyfrą bardzo znaczną, ale nie przypadkową. Hirschl n. p. w klinice wiedeńskiej wykazał 20% izraelitów miedzy paralitykami. Zdaje się, że oprócz innych czynników wchodzą u nich w rachubę częste małżeństwa między najbliższymi krewnymi i zupełny brak mięszania się z inną rasą.

U chorych 4, 13, 56, 58, 65, 69, 74, 84, 90, 106, 108 wywiady wykazują uraz w głowę, którego doznali krótszy lub dłuższy czas przed początkiem choroby. I tak 7-miu chorych doznało go bardzo dawno, 5-ciu zaś w ostatnich latach. U jednego z nich pierwsze objawy paraliżu postępowego wystąpiły bezpośrednio po urazie. Podobne przypadki spotykamy podane w literaturze przez Mendla, Langego, Balla, Christiana Oebeckego, Aschera, Meyera, Krafft-Ebinga, Mechego i innych. Hirschl, który wśród 175 chorych wykazał uraz głowy 13 razy, nie przyznaje temu czynnikowi żadnego znaczenia, a to z tego powodu, że u jednych czas między urazem a początkiem choroby był zbyt długi, część zaś tych chorych przechodziła kiłę, co wedle autora wystarcza do powstania paraliżu. Christian, który zebrał 100 przypadków chorób umysłowych po urazie w głowę, wykazał między nimi 40-tu paralityków. Gudden jest zdania, że szczególnie paraliż, występujący

w wieku młodym, jest następstwem urazu w głowę. O szkodliwym wpływie silnych wstrząśnień fizycznych, uderzeń w głowę, wątpić nie można. Swiadczą o tem liczne przypadki nerwic urazowych, nie licząc tych przypadków, gdzie po nich występują objawy lżejszej lub cięższej neurastenii. W przypadkach, gdzie uraz od początku paraliżu dzieli znaczny przeciąg czasu, trudno go uważać za przyczynę choroby; działa on w tych razach raczej jako czynnik, zmniejszający odporność układu nerwowego i robi go bardziej wrażliwym na inne szkodliwości. W przypadkach, gdzie choroba rozwija się bezpośrednio po urazie, mamy zupełne prawo przyjąć go za czynnik przyczynowy, n. p. u chorych nr. 4, 69.

Dalsze pytanie, nad którem wypada się zastanowić, jest: czy nadużywanie wyskoku wywołuje paraliż postępowy.

Niektórzy psychiatrzy, szczególnie francuscy, sądzą, że nadużywanie wyskoku przyczynia się do powstania paraliżu, inni natomiast przyznają mu pierwszorzędne znaczenie. Kaes podaje alkoholizm jako najważniejszą przyczynę paraliżu; na drugiem miejscu stawia obciążenie dziedziczne, na trzeciem kiłę, podczas gdy Gudden za najważniejszy czynnik uważa obciążenie, dalej dopiero alkoholizm. Znaczną doniosłość przyznają mu Meynert, Oebecke; małe odsetki wykazują Ziehen 17%, Westphal 3·4% Lange 17%; Hirschl odmawia mu wielkiego znaczenia. Joffroy uważa alkoholizm rodziców za ważniejszy czynnik etyologiczny młodzieńczego paraliżu postępowego, aniżeli kiłę. Z chorych, objętych w tablicy II, można u 11 wykazać nadużywanie wyskoku, co stanowi stosunkowo niewielki odsetek. Psychiatrzy, którzy odmawiają znaczenia w paraliżu postępowym nadużywaniu alkoholu, zwracają uwagę na tę okoliczność, że wśród tylu pijaków, których ma społeczeństwo, tylko tak mała liczba zapada na paraliż. Jakkolwiek twierdzenie to jest słuszne, nie można przeczyć, że wyskok jest szkodliwością, której znaczenia dla organizmu odmówić nie można. Ta ilość

wyskoku, która u jednego działa trująco, u innego pozostaje bez wpływu. Dane wywiadowe, szczególnie tutaj, nie zawsze są prawdziwe i zależą od pojmowania, co jest nadużywanie alkoholu. Słusznie zauważyć można, że przodkowie nasi pili również, a może i więcej, aniżeli dzisiejsze pokolenia, a przecież w owych czasach paraliż nie był znany. Nie powinniśmy jednak zapominać, że pili oni napoje, które ilościowo zawierały znacznie mniej wyskoku, nie używali go w postaci tak zgęszczonej jak wódka, a co najważniejsza, napoje ich nie zawierały fuzlu, i to najwięcej ilości nieznaczne. Dla organizmu nie jest obojętnem, czy wprowadzając do niego pewną ilość wyskoku, wprowadzimy go w stanie rozcieńczonym, czy wprowadzając do niego pewną ilość wyskoku wprowadzimy go w stanie rozcieńczonym, czy też zgęszczonym. Jakkolwiek trudno twierdzić, żeby nadużywanie wyskoku wywoływało chorobę o której mowa, to nie ulega wątpliwości, że usposabia on układ nerwowy bardzo silnie do schorzenia i to nietylko u tego samego osobnika, ale i u jego potomstwa. Mniej jeszcze wiemy o działaniu kawy, herbaty, tytoniu i t. p. Że nie działają one dodatnio, nie ulega wątpliwości, są to jednak czynniki, których się w wywiadach nie uwzględnia. Nadużywanie morfiny jest za mało rozpowszechnione, żeby je można przyjąć za ważny czynnik etyologiczny. U dwóch chorych nr. 10 i 26 wiemy z wywiadów, że byli morfinistami. Pierwszy z nich przechodził kiłę, drugi jest dziedzicznie obciążonym. Nie można wątpić, że morfina wywarła tylko ujemny wpływ na układ nerwowy, a może nawet przyczyniła się do wywołania samej choroby.

Po chorobach zakaźnych niezbyt rzadko występują w okresie zdrowienia rozmaite psychozy w przeciwieństwie do paraliżu postępowego. Trudno zaś przypuścić, żeby dur brzuszny, zapalenie płuc, ospa i t. p. choroby, przebyte przed kilku laty, były powodem obecnej choroby. Od czasu kiedy w Europie rozpowszechniła się grypa, ogłoszono kilka przypadków, gdzie paraliż postępowy wystąpił bezpośrednio po niej. Należy tu raczej przypuścić, że chory, który dostał

grypy, był już w początkowym okresie paraliżu postępowego, który rozpoznano dopiero po chorobie.

Nadmierną pracę fizyczną wymieniają również niektórzy, jako czynnik przyczynowy paraliżu. Nie można jej jednak uważać za czynnik działający bezpośrednio. Wysiłki fizyczne przy niedostatecznem odżywieniu tylko podkopują organizm i tą drogą działać mogą osłabiająco na jego część, t. j. układ nerwowy. Same jednak trudy fizyczne, choćby były najznaczniejsze, nie mogą wywołać paraliżu postępowego.

O wiele większe znaczenie przyznać musimy nadmiernej pracy umysłowej i urazom psychicznym; bodaj czy nie są one jednym z najważniejszych czynników w etyologii paraliżu. Czynność umysłowa jest wynikiem spraw życiowych kory mózgowej. Długi czas trwająca praca wywołuje wreszcie zmęczenie elementów korowych, co podmiotowo odczuwamy jako znużenie i senność, która jest niejako wskazówką, że układ nerwowy jest wyczerpany. W zwykłych warunkach zaprzestajemy wtenczas pracy. Jeżeli jednak czynności towarzyszy wzruszenie umysłowe, choćby tylko w postaci niezwykłego zajęcia się tą czynnością, to albo nie odczuwamy wtenczas zmęczenia, które rzeczywiście istnieje, albo staramy się je usunąć środkami podniecającymi, koniakiem, kawą, herbatą i t. p. Pracujemy dalej aż do wyczerpania, aż do uszkodzenia kory mózgowej, która jest podstawą naszych czynności umysłowych. Jeżeli się to częściej, albo nawet codziennie powtarza, to skutki znużenia nie mogą się wyrównać w czasie odpoczynku i przychodzi do stałego uszkodzenia kory mózgowej, które się objawia zwiększeniem pobudliwości sfery uczuciowej, upośledzeniem snu i zmniejszeniem czynności umysłowych. Otrzymujemy w ten sposób obraz kliniczny neurastenii z oznakami wrażliwości, upośledzeniem pamięci i t. p. i t. p. Nieznaczne te objawy ustępują po dostatecznym wypoczynku, ale stają się niebezpieczne, jeżeli praca wśród wspomnianych warunków trwa dalej.

Jeszcze może szkodliwiej działają silne wzruszenia umy-

słowe, wywołane wyobrażeniami niemiłej treści, jak żal, trwoga, gniew, zwątpienie. Wzruszeniom tym umysłowym towarzyszą zmiany w czynności serca, ciśnieniu krwi i oddechaniu. Przypatrzmy się tylko człowiekowi, który się przestraszył; przedewszystkiem uderzy nas bladość twarzy, wywołana nagłem zwężeniem się naczyń na powłokach zewnętrznych, które następuje również i w naczyniach mózgu. Przeciwieństwo do tego stanowi człowiek w afekcie gniewu, którego układ tętniczy mózgu jest krwią przepełniony, naczynia rozszerzone. Łatwo zrozumieć, że podobne różnice w ciśnieniu krwi nie mogą dodatnio wpływać na odżywienie mózgu, szczególnie jeżeli się często powtarzają. W podobny sposób działają troski i zmartwienia. Jakkolwiek nie wywołują one tak gwałtownych zaburzeń w krążeniu, działają jednak dłuższy czas, a nadto upośledzają sen, nie dozwalając znużonemu mózgowi wypocząć. W parze idzie upośledzone łaknienie, wpływające niekorzystnie na odżywienie ogólne, na mieszaninę krwi, i w ten sposób jedna szkodliwość wikła się z drugą.

Nie ulega wątpliwości, że różnice osobnicze są tu znaczne, tak co do samej wrażliwości na bodźce zewnętrzne, jak i co do oddziaływania na nie. Wzruszenia umysłowe działają szkodliwiej na ludzi wrażliwych, o znacznej pobudliwości naczyniowej, aniżeli u osobników biernych. Oprócz różnic osobniczych musimy także wziąść w rachubę i zawód osobnika. Nie każda czynność, nie każde zajęcie nastręcza równą ilość powodów do wzruszeń. I tak naprzykład zawód urzędnika kolejowego, oficera, finansisty jest bardziej umysłowo wytężającym i dającym powód do wzruszeń psychicznych, aniżeli zawód księdza, nauczyciela ludowego, albo wieśniaka i t. p. Niektórzy lekarze wspominają o znacznem wzmożeniu się paraliżu postępowego po wojnach. Musimy tutaj uwzględnić, oprócz znacznych wysiłków fizycznych, niedostatecznego snu, wpływów ciepłoty, wysiłki umysłowe z powodu odpowiedzialności, wrażenia odniesione w bitwach, obawę przed śmiercią, troskę i żal po utracie krewnych i przyjaciół.

Streszczając to, cośmy powyżej powiedzieli, przyjdziemy do przekonania, że na powstanie paraliżu postępowego składa się zwykle kilka szkodliwości.

Obciążenie dziedziczne jest ważnym czynnikiem w etyologii paraliżu, tak jak pewna wrodzona skłonność, polegająca na jakichś chemiczno-anatomicznych stosunkach w mózgu, których do dzisiaj nie znamy. Skłonność tę zwiększa jeszcze w bardzo znacznym stopniu przebyta kiła, która w przeważnej liczbie przypadków może sama wywołać schorzenie. Częściej jednak dołączają się jeszcze inne szkodliwości, a przedewszystkiem urazy psychiczne i wywołują w mózgu sprawę chorobową, dającą klinicznie obraz paraliżu postępowego.

Piśmiennictwo.

Adler: Tabes und progressive Paralyse in ihren Beziehungen zur Syphilis nebst einem terapeutischen Vorschlag (*Centrabl. f. Nerven und Psych.*, 1898). — Alzheimer: Die Paralysis progressiva der Entwickelungsjahre (*Neurolog. Centralbl.*, 1894). — Ascher: Beitrag zur Kenntnis des Verlaufs und der Aetiologie der allgemeinen Paralyse (*Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, T. 46, 1889). — Baillager: Sur la theorie de la paralysie generale (*Annales medico psychol.*, 1883). — Bechterew: Ueber Faserdegenerativ um verlängerten Marke bei der Dementia paralitica (*Centralbl. f. Nervenh. und Psych.*, 1898). — Binschwanger: Die Begrenzung der allgemeinen Paralyse (Ref.) i Demonstration zur pathologischen Anatomie der allgem. progressiven Paralyse (*Neurolog. Centralbl.*, 1894 i 1891). — Brie: Syphilis und Dementia paralitica (*Dissertation. Breslau*, 1886). — Camuset: Note sur la paralysie générale d'origine syphilitique. (*Annales medico-psychol.*, 1891). — Christian: Recherches sur l'etiologie de la paralysie générale chez l'homme. (*Archives de neurol.* T. 14). — Tenże: Des traumatismes du crâne dans leurs raports avec aliénation mentale. (*Archives de neurol.*, 1889). Cuylits: Syphilis et paralysie générale; tamże: Sur menage et folie paralitique. (*Bul. de la soc. de med. ment. de Biolog.*, 1890). — Delaporte: Des relations de la paralysie générale et de la syphilis. (*Neurol. Centralbl.* 1890, Ref). — Dietz: Dementia paralitica und Lues. (*Allg. Zeitsch. für Psych.*, T. 43, 1883). — Erb: Die Aetiologie der Tabes. (*Volkmanns Saml.*, N. F., Nr. 53). — Erlicki: *Wykłady kliniczne o chorobach umysłowych*, Warszawa, 1897). — Evrad: Contribution a l'etude de l'etiologie de la paralysie générale. (*Thèse de Paris*, 1892). — Fournier: Les affection parasyphilitiques, Paris, 1894. — Goldstein: Ueber die Beziehung der progressiven Paralyse zur Syphilis. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, T. 42, 1886). — Gudden: Zur Aetiologie der pro-

gressiven Paralyse mit besonderes Berücksichtigung des Traumas und der im jugendlichen Alter vorkomenden Fällen von Paralyse. (*Archiv f. Psych.*, 1894). — Greidenberg: Ueber allgem. progr. Paralyse der Irren bei Frauen. — Hartmann: Ueber Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. (*Archiv f. Psych.*, T. XV). — Hirschl: Beitrag zur Kenntnis der progressiven Paralyse im jugendlichen Allter und im Senium. (*Wiener klin. Woch.*, 1895, Nr. 31, 32). — Tenże: Die Aetiologie der progressiven Paralyse. (*Tamże*, Nr. 45). — Tenże: Die Aetiologie der progressiven Paralyse. (*Jahrb. f. Psych.*, T. 14). — Hongberg: Beiträge zur Kenntnis der Aetiologie der progressiven Paralyse mit Berücksichtigung der Syphilis. (*Zeitschr. f. Psych.*, T. 50, 1894. — Jung: Ueber Paralyse der Frauen. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, T. 35). — Kass: Beiträge zur Aetiologie der allgemeinen Paralyse nebst einleitenden allgemeinen statistischen Bemerkungen. (*Allg. Zeitschr, f. Psych.*, T. 43. Koller: Beitrag zur Erblichkeit der Geisteskranbeiten im Canton Zürich i t. d (*Arch. f. Psych.*, 1895. — Kraepelin: Psychiatrie, Leipzig, 1899. — Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart, 1897. — Tenże: Ueber Zunahme und Ursachen der progressiven Paralyse. (*Internat. klin. Runds.*, 1894, Nr. 36. — Tenże: Ueber die Zunahme der progressiven Paralyse im Hinblicke auf sociologische Factoren. (*Jahrbuch für Psych.*, T. 13, 1895). — Tenże: Die progressive allgemeine Paralyse. (*Nothnagels allgem. Pathol. u. Therapie*, T. IX, 2). Krypiakiewicz: Ueber Psychosen nach Influenza nebst Bemerkungen über einen Fall von progressiver Paralyse. (*Jahrb. f. Psych.*, 1892). Kundt: Statistisch-casuistische Mittheilung zur Kenntnis der progressiven Paralyse. (*Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, 1894). — Lange: Bidrag til spörgsmälet om Aetiologien of den almin delige fremskridende Paralyse. (*Neurol. Centralbl.* 1883, Ref.). — Mendel: Syphilis und Dementia paralitica. (*Berl. klin. Woch.*, 1879, Nr. 36). — Tenże: Hereditäre Anlage und progressive Paralyse d. Irren. (*Arch. f. Psych.*, 1880). Tenże: Die progressive Paralyse, Berlin, 1888. — Tenże: Ueber Hirnbefunde bei der progressiven Paralyse der Irren. (*Berl. klin. Woch.*, 1883, Nr. 17). — Morel-Lavallée: Paralysie générale et syphilis. (*Revue de med.*, 1893). — Necke: Die sogenannten äusseren Degenerationszeichen bei der progressiven Paralyse der Männer nebst einigen diese Krankheit betreffenden Punkten. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1899. Nicoulau: De causes de la paralysie générale. (*Annales med. psychol.*, 1893). — Obersteiner: Die Beziehung der Syphilis zur Dementia paralytica. (*Wiener medic. Woch.*, 1883). — Oebecke: Zur Aetiologie der allgem. fortschreitenden Paralyse. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1893). Raymond: Syphilis et paralysie générale. (*Bullet. med.*, 1892). — Richter: Meningitis spinalis syphilitia bei einem Paralityker. (*Neurolog. Centr.*, 1893, Ref.). — Savage: Ueber Verhältnis der allgemeinen Paralyse zur Syphilis. (*Neurol. Centr.*, 1887). — Schule: Hirnsyphilis und Dementia paralitica. (*Allg. Z. f. Psych.*, 1871). — Shdanow: Progressive Paralyse bei Frauen, ihre Aetiologie und Verlaufseigenthümlichkeiten. (*Neurol. Centr.*, 1893). Simerling: Statistisches zur Kenntnis der Lehre von progressiven Paralyse der Frauen. *Charite Annalen*, 1888). Snell: Ueber Verhältniss der Dementia paralitica zur Syphilis. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, T. 82). — Sokolowski: Raport de la syphilis et de la paralysie. (*Revue neurol.*, 1895, Ref.). — Specht: Die Mystik im Irresein, Wiesbaden, 1891. — Stark: Zur Frage der Zunahme der progressiven Paralyse. (*Arch. f. öffentl. Gesundheitspflege in Elsass-Lo-*

thringen, 1890). — Streitberg: Ueber die progressive Paralyse im jugendl. Alter. (*Neurol. Centr.*, 1895). — Tarnowsky: Ueber Syphilis maligna. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, 1896). — Vallon: Dementia paralitica nach Encephalopatia saturnina. (*Neurolog. Centr.*, 1892, Ref.). — Westphal: Ein fall von progressiver Paralyse bei einem 15 jährigen Mädchen mit anatomischem Befund. (*Charité Annal.*, 1893). — Tenże: Aetiologisches und Symptomatologisches zur Lehre von der progressiven Paratyse der Frauen. (*Tamże*). — Wollenberg: Statistisches und klinisches zur Kenntnis der paralitischen Geistesstörung beim weiblichen Geschlecht. (*Archiv f. Psych.*, 1894). — Ziehen: Beitrag zur Frage des Zusammenhanges zwischen progressiver Paralyse und Syphilis. (*Neurol. Centr.*, 1887).

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 31, 32, 33 i 34 1898.

Kraków 1898 — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Józefa Filipowskiego.